

NORME DI ATTUAZIONE DEI PIANI SANITARI CONTRATTUALI NAZIONALI

SOMMARIO

1.	PREMESSE	2
2.	OGGETTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE	2
3.	MODALITÀ DI ADESIONE	2
4.	TEMPI E MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI	3
5.	VARIAZIONI DI ORGANICO	4
6.	DECORRENZA DELLA COPERTURA SANITARIA E DOCUMENTAZIONE DI ISCRIZIONE	5
7.	CAMBIO DI APPALTO	6
8.	ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE	6
9.	PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI	7
10.	ESTENSIONE TERRITORIALE	7
11.	FORME DI ASSISTENZA E MODALITÀ DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI	7
12.	EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	10
13.	ESCLUSIONI	10
14.	SOSPENSIONE DELL'ASSISTENZA E ASPETTATIVA NON RETRIBUITA	11
15.	DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	11
16.	GESTIONE MUTUALISTICA	12
17.	DURATA	12
18.	REGIME FISCALE	12
19.	DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE	12
20.	TUTELA DEI DATI PERSONALI	12
21.	CONTROLLI	12
22.	CHIARIMENTI E RECLAMI	13
23.	RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO	13

1. PREMESSE

- a. **Cooperazione Salute** è una società che ha per scopo la solidarietà e il mutuo soccorso. Essa è operante ai sensi della Legge 3818/1886 e della Legge 833/1978 e delle successive modifiche e integrazioni.
- b. Cooperazione Salute è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, consentendo di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86;
- c. Cooperazione Salute è in grado di garantire ai lavoratori dipendenti le coperture sanitarie integrative previste dai CCNL dei settori: Cooperazione Sociale, Commercio, Taxi, Metalmeccanici, Uneba, Distribuzione Cooperativa, Logistica Trasporto Merci e Spedizione, Produzione Culturale e dello Spettacolo, Anaste.
- d. Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di strutture sanitarie convenzionate in forma diretta ed indiretta al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'Assistenza;
- e. Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani, creando una apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione dei Piani, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi;
- f. Queste Norme di attuazione contengono i parametri di applicazione dei Piani Sanitari contrattuali nazionali, rimandando allo Statuto ed al Regolamento Applicativo del Fondo Sanitario Integrativo Cooperazione Salute per tutto quanto non espressamente previsto;
- g. Le premesse costituiscono parte integrante delle Norme di Attuazione.

2. OGGETTO DELLE NORME DI ATTUAZIONE

Le presenti Norme di Attuazione disciplinano il rapporto tra Cooperazione Salute, i datori di lavoro ed i beneficiari dei Piani Sanitari contrattuali nazionali:

- a. Piano della Cooperazione Sociale
- b. Piano Uneba
- c. Piano Metalmeccanico
- d. Piano della Distribuzione Cooperativa
- e. Piano Logistica Trasporto Merci Spedizione
- f. Piano del Commercio
- g. Piano Taxi
- h. Piano della Produzione Culturale e dello Spettacolo
- i. Piano Sanitario Anaste

2

I beneficiari delle coperture sanitarie sono i lavoratori con contratto a tempo indeterminato delle aziende che hanno aderito a Cooperazione Salute e iscritto i lavoratori ad uno dei Piani Sanitari sopra elencati, versando i relativi contributi, nelle modalità di seguito indicate.

3. MODALITÀ DI ADESIONE

Una volta individuato il Piano Sanitario cui iscrivere i propri lavoratori, per aderire a Cooperazione Salute è necessario inviare **esclusivamente** all'indirizzo PEC cooperazionesalute@pec.it la "Domanda di Adesione" accompagnata dall'Allegato 4 "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione", che ne costituisce parte integrante.

La "Domanda di Adesione" deve essere predisposta su carta intestata e firmata dal Legale Rappresentante della Azienda.

*Nel file "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione" devono essere riportati i dati dei lavoratori a tempo indeterminato **in forza al 1 gennaio e ancora presenti in azienda al momento dell'iscrizione al Fondo.** I dipendenti a tempo indeterminato assunti o cessati successivamente al 1 gennaio, dovranno essere comunicati successivamente all'avvenuta adesione, nelle modalità previste all'art. 5 "Variazioni di organico: nuove Assunzioni e Cessazioni".*

L'indirizzo e-mail del dipendente che verrà segnalato nel file excel "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione" verrà utilizzato per tutte le comunicazioni rivolte direttamente all'iscritto (conferma

autorizzazione assistenza, comunicazioni relative ai rimborsi, ecc). **Invitiamo dunque alla massima attenzione nel compilare il file excel ed inserire la e-mail segnalata dal dipendente.**

Per facilitare il rapporto tra la Azienda e Cooperazione Salute, nonché la gestione del Piano in favore degli Iscritti, la Azienda si impegna a individuare un referente per Cooperazione Salute all'interno della propria organizzazione.

Il nominativo del referente, con i relativi contatti, dovrà essere indicato nella "Domanda di Adesione" e nel file excel "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione".

Alla "Domanda di Adesione" sono collegati i seguenti ulteriori allegati che restano agli atti per la Azienda aderente:

- A1. Piani Sanitari contrattuali nazionali;
- A2. Norme di Attuazione dei Piani Sanitari contrattuali nazionali
- A3. Informativa Privacy Cooperazione Salute;
- A5. Variazione Dati Azienda Beneficiari e Nucleo Familiare;
- A6. Richiesta Iscrizione Nucleo Familiare;

4. TEMPI E MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

a. Adesione e versamento dei contributi in fase di prima iscrizione

Una volta inviata la "Domanda di Adesione" correttamente compilata, firmata e accompagnata dal file excel "Dati Azienda e Beneficiari Prima Iscrizione", la Azienda si impegna a versare il contributo di iscrizione per ciascun lavoratore beneficiario della copertura, secondo gli importi riportati in tabella:

Piano Sanitario	Contribuzione annua per persona	Tranche semestrali per persona	Rateo mensile per persona
Piano della Cooperazione Sociale	€ 60,00	€ 30,00	€ 5,00
Piano Uneba (in vigore dal 1° gennaio 2021 – quota comprensiva di eventuale coniuge/convivente more uxorio fiscalmente a carico)	€ 98,00	€ 49	€ 8,16
Piano Metalmeccanico (quota comprensiva di eventuali familiari fiscalmente a carico)	€ 156,00	€ 78	€ 13
Piano della Distribuzione Cooperativa (in vigore dal 1° gennaio 2021)	€ 132,00 € 30 Una Tantum	€ 66,00	€ 11,00
Piano Logistica Trasporto Merci Spedizione ((in vigore dal 1° gennaio 2022)	€ 150,00	€ 75,00	€ 12,50
Piano del Commercio	€ 144,00	€ 72,00	€ 12,00
Piano Taxi	€ 144,00	€ 72,00	€ 12,00
Piano della Produzione culturale e dello Spettacolo	€ 60,00	€ 30,00	€ 5,00
Piano Anaste	€ 144,00	€ 72,00	€ 12,00

Il versamento del contributo avverrà in due tranches semestrali:

1. Versamento quota primo semestre: dovrà essere effettuato entro la data di scadenza comunicata di volta in volta da Cooperazione Salute, di regola fissata entro il mese di gennaio.
2. Pagamento quota secondo semestre: dovrà essere effettuato entro la data di scadenza comunicata di volta in volta da Cooperazione Salute, di regola fissata entro il mese di luglio.

Cooperazione Salute calcolerà e comunicherà il totale delle quote che la Azienda dovrà versare per la copertura sanitaria dei propri dipendenti. I contributi dovranno essere versati sul conto corrente indicato nella comunicazione di richiesta quote, inserendo la causale specifica ivi riportata.

b. Versamento dei contributi per le annualità successive a quella di prima iscrizione

A dicembre di ciascun anno, Cooperazione Salute invierà alla Azienda lo stato dell'arte degli iscritti aggiornato al 30 di novembre. La Azienda si impegna a controllare i dati e comunicare eventuali ulteriori Variazioni avvenute nel corso dell'anno secondo le modalità descritte all'art. 5 "Variazioni di organico: Nuove Assunzioni e Cessazioni" di seguito riportato. Con tali dati Cooperazione Salute aggiornerà dunque l'anagrafica dipendenti, così da disporre, una volta definite eventuali integrazioni e/o variazioni, del dato certo degli iscritti al 31 dicembre di ciascun anno. In base a tale anagrafica dipendenti effettiva, Cooperazione Salute invierà nei primi giorni di gennaio di ciascun anno la richiesta di versamento della prima tranche relativa al nuovo anno di copertura. A giugno di ciascun anno, poi, Cooperazione Salute invierà alle Aziende iscritte la richiesta di versamento della seconda tranche.

Lo stesso procedimento riguarderà il versamento dei contributi per il **rinnovo dell'iscrizione del Nucleo Familiare del dipendente**, per le annualità successive a quella di prima iscrizione. La richiesta quote elaborata da Cooperazione Salute distinguerà infatti quelle dovute per i lavoratori e quelle da anticipare per i Familiari iscritti.

Se i dipendenti sono assunti presso più datori di lavoro che applicano lo stesso CCNL, il contributo è comunque dovuto da ciascun datore di lavoro.

Per i lavoratori che su richiesta siano collocati in aspettativa non retribuita si rimanda all'art. 14. Per l'eventuale estensione della copertura ad altre forme contrattuali, le modalità di iscrizione e gestione del Piano sono le stesse previste per i lavoratori a tempo indeterminato salvo il tema della sospensione dell'assistenza per il quale si rimanda all'art.14.

Per l'eventuale versamento dei contributi relativi al Nucleo familiare del dipendente, si rimanda all'art. 8.

5. VARIAZIONI DI ORGANICO

In caso di variazioni dell'organico in corso d'anno (nuovi assunti, cessati, aspettative non retribuite), la Azienda si impegna a comunicare tramite Area Riservata Aziende tutte le variazioni avvenute nel corso del mese **entro il 10 del mese successivo alla variazione (termine massimo)**.

In riferimento alle variazioni si riportano le seguenti indicazioni:

- **Nuovi Dipendenti Assunti:** la copertura avrà validità dal primo giorno del mese se l'assunzione è avvenuta entro il 15 del mese. In caso di assunzione dopo il 15 del mese, la copertura avrà inizio il primo giorno del mese successivo. I nuovi assunti potranno usufruire della copertura, per il periodo previsto, alle medesime condizioni degli altri dipendenti. Cooperazione Salute provvederà a richiedere i ratei mensili dovuti per le nuove coperture **contestualmente al calcolo contributi** per la semestralità immediatamente successiva.
- **Dipendenti Cessati:** fatte salve le eccezioni previste all'art. 15, la copertura rimarrà valida sino all'ultimo giorno del mese dell'avvenuta comunicazione da parte della Azienda della cessazione del rapporto di lavoro.

A seguito della comunicazione di cessazione, Cooperazione Salute provvederà a calcolare i ratei mensili da restituire **a conguaglio**, nel momento del calcolo contributi per la semestralità immediatamente successiva.

*In sintesi, la Azienda si impegna a comunicare a Cooperazione Salute le variazioni **in Area Riservata Aziende entro il 10 del mese successivo alla variazione**.*

6. DECORRENZA DELLA COPERTURA SANITARIA E DOCUMENTAZIONE DI ISCRIZIONE

Nel momento in cui la Azienda avrà versato le quote di iscrizione, Cooperazione Salute comunicherà l'avvenuta iscrizione al Fondo e la copertura sanitaria sarà effettivamente attiva. Per i lavoratori in forza al 1 gennaio la copertura sanitaria avrà durata annuale dal **1 gennaio al 31 dicembre**. Per i lavoratori assunti in corso d'anno, la copertura avrà validità dal primo giorno del mese se l'assunzione è avvenuta entro il 15 del mese. In caso di assunzione dopo il 15 del mese, la copertura avrà inizio il primo giorno del mese successivo.

PIANO SANITARIO	CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE PER CONIUGE E FIGLI DI ETÀ SUPERIORE O UGUALE A 26 ANNI		CONTRIBUTO DI ISCRIZIONE PER FIGLI DI ETÀ INFERIORE A 26 ANNI	
	Contribuzione annua per persona	Tranche semestrali per persona	Contribuzione annua per persona	Tranche semestrali per persona
Piano della Cooperazione Sociale	€ 60,00	€ 30,00	€ 48,00	€ 24,00
Piano Uneba	Coniuge/convivente more uxorio fiscalmente a carico compreso nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 98,00	Coniuge/convivente more uxorio fiscalmente a carico compreso nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 49,00	Coniuge/convivente more uxorio fiscalmente a carico compreso nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 60,00	Coniuge/convivente more uxorio fiscalmente a carico compreso nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 30,00
Piano Metalmeccanico	Familiari fiscalmente a carico compresi nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 156,00	Familiari fiscalmente a carico compresi nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 78,00	Familiari fiscalmente a carico compresi nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 78,00	Familiari fiscalmente a carico compresi nella quota del dipendente (con massimali condivisi). Quota per eventuale iscrizione volontaria familiari con massimale a parte: € 39,00
Piano della Distribuzione Cooperativa	€ 132,00	€ 66,00	€ 66,00	€ 33,00
Piano Logistica Trasporto Merci Spedizione	€ 150,00	€ 75,00	€ 78,00	€ 39,00
Piano del Commercio	€ 144,00	€ 72,00	€ 72,00	€ 36,00
Piano Taxi	€ 144,00	€ 72,00	€ 72,00	€ 36,00

Piano della Produzione culturale e dello Spettacolo	€60,00	€ 30,00	€ 48,00	€ 24,00
Piano Sanitario Anaste	€ 144,00	€ 72,00	€ 72,00	€ 36,00

Cooperazione Salute invierà alla Azienda le comunicazioni di conferma iscrizione e la documentazione identificativa degli iscritti per usufruire delle Forme di Assistenza previste dal Piano. Le Aziende si impegnano a informare e consegnare agli iscritti tale documentazione.

7. CAMBIO DI APPALTO

Nel caso di passaggio di un lavoratore da un'impresa ad un'altra per effetto di un cambio di appalto, si evidenziano le seguenti fattispecie:

- Se entrambe le imprese avevano già iscritto i loro lavoratori a Cooperazione Salute, il lavoratore non subirà nessuna interruzione della prestazione sanitaria: l'impresa "uscente" è tenuta a comunicare la cessazione e l'impresa "entrante" è tenuta a comunicare la nuova assunzione tassativamente secondo le modalità previste all'art. 5;
- In tutti gli altri casi, le variazioni di organico dovranno essere comunicate come previsto dall'art. 5 e la decorrenza della copertura sanitaria sarà definita come previsto dall'art. 6.

8. ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE

La presente copertura è valida per il collaboratore della Azienda regolarmente iscritto. Quest'ultimo può estendere la copertura ai componenti del proprio Nucleo Familiare, intendendosi per questi il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi, sostenendo personalmente i costi di iscrizione. Il lavoratore è tenuto ad iscrivere tutti i familiari conviventi (coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi) nessuno escluso, salvo la compresenza di analoga copertura di origine contrattuale in qualità di iscritto/beneficiario di Cooperazione Salute. I contributi dovuti per l'estensione della copertura sono diversi per coniuge e figli di età uguale o superiore a 26 anni, e per figli di età inferiore a 26 anni:

Il lavoratore che intende estendere la copertura al nucleo familiare dovrà comunicare alla Azienda i dati dei propri familiari, compilando il modulo di "Richiesta Adesione Nucleo Familiare" (Allegato 6).

*La Azienda si impegna a comunicare, contestualmente ad eventuali variazioni in organico, le adesioni dei familiari raccolte, **con un unico invio** all'indirizzo: cooperazionesalute@pec.it **entro il 10 del mese successivo alla adesione del nucleo familiare** utilizzando **tassativamente** il file "Variazione Dati Azienda Beneficiari e Nucleo Familiare" e **allegando anche il modulo di adesione compilato dal dipendente**.*

Cooperazione Salute provvederà a calcolare e comunicare alla Azienda le quote dovute per attivare la copertura per il nucleo familiare. La Azienda si impegna ad anticipare il contributo per ciascun nucleo familiare operando la relativa trattenuta dalla busta paga del lavoratore. In riferimento alla deducibilità della contribuzione e alla detraibilità delle spese sanitarie si rimanda agli art. 18 e 19.

- Se l'iscrizione dei familiari avviene entro il termine di 30 giorni dalla data in cui la copertura sanitaria integrativa è operante per l'Isritto, verrà applicata la stessa **decorrenza** immediata dell'assistenza prevista per l'Isritto. Qualora l'iscrizione del nucleo familiare convivente avvenga successivamente al termine di 30 giorni, la decorrenza dell'assistenza inizierà dopo tre mesi dal versamento dei contributi di iscrizione a Cooperazione Salute. Restano escluse dalla copertura le spese relative a ricoveri conseguenti a patologie preesistenti o per la correzione di difetti congeniti e costituzionali. Per prestazioni di Alta specializzazione diagnostica, visite specialistiche e Impianti odontoiatriche sarà applicata una carenza di 12 mesi per le patologie preesistenti al momento della estensione della copertura.
- Nel caso di matrimonio o inizio convivenza o di nascita di un figlio, se l'Isritto iscrive i familiari entro 30 giorni dal matrimonio, dall' inizio convivenza o dalla nascita o dall'adozione, il familiare potrà godere immediatamente della copertura come l'Isritto. Se il nucleo familiare viene iscritto successivamente, si applicheranno le carenze sopra riportate.

- Se l'iscritto decide di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare convivente, si impegna a versare i relativi contributi attraverso la Azienda per il periodo decorrente dall'accettazione della domanda (dal 1 del mese di attivazione della copertura al 31 dicembre) e i successivi 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi). Durante il suddetto periodo, i familiari conviventi non potranno recedere dalla copertura salvo il realizzarsi di una o più tra le seguenti condizioni: disattivazione copertura in capo all'iscritto collaboratore della Azienda; uscita dallo stato di famiglia di uno o più componenti iscritti a Cooperazione Salute; venir meno del rapporto associativo tra Azienda e Cooperazione salute. In tal caso, la copertura del nucleo familiare durerà sino alla conclusione del periodo per cui è stato versato il contributo. L'estensione per il nucleo familiare si intenderà tacitamente rinnovata per ulteriori 3 anni di attività mutualistica (dal 1 gennaio al 31 dicembre di ciascun anno per un totale di 36 mesi) al termine delle successive scadenze, salvo non sia comunicata disdetta da una delle parti mediante invio di lettera raccomandata a/r 60 (sessanta) giorni prima della scadenza dei 3 anni di attività mutualistica".

9. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

Gli Iscritti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal Piano sanitario di riferimento, consultabile al sito internet www.cooperazionesalute.it, accendendo alla propria Area Riservata o attraverso l'applicazione AppCard.

10. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

11. FORME DI ASSISTENZA E MODALITA' DI FRUIZIONE DEI RIMBORSI

Definizioni

Assistenza in Forma Diretta. Permette di ottenere le prestazioni che sono state prescritte dal Medico di Medicina Generale o da un medico specialista, presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute, senza anticipare l'intera spesa ma versando solamente eventuali franchigie che il piano sanitario lascia a carico dell'iscritto e degli aventi diritto. L'iscritto e gli aventi diritto possono consultare gli elenchi delle strutture convenzionate con Cooperazione Salute nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionesalute.it - Area Riservata Iscritti - Adesioni Collettive o nell'App di Confcooperative.

Assistenza in Forma Indiretta. Permette di ottenere il rimborso di spese sanitarie già sostenute, delle quali si è conservata la fattura/notula di spesa e una prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un medico specialista, nei limiti e nelle modalità previste dal piano sanitario per l'iscritto e gli aventi diritto.

Accesso ai tariffari agevolati del Network convenzionato. Permette di ottenere le prestazioni sanitarie, di cui l'iscritto e gli aventi diritto necessitano, a tariffe agevolate rispetto ai prezzi di mercato, indipendentemente dal fatto che le prestazioni individuate siano o meno rimborsabili dal piano sanitario.

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, l'iscritto dovrà seguire l'iter seguente:



- **Individuare** una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla sezione *Consultazione - Ricerca struttura* in Area Riservata.

- **Contattare** la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista

convenzionato con Cooperazione Salute e prenotare. Nel caso di visita specialistica, oltre alla

struttura dovrà essere convenzionato anche il medico prescelto.



- Inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il form online e allegando la copia della prescrizione, laddove richiesta dal piano, del Medico di Medicina Generale/del medico specialista; per le prestazioni odontoiatriche è necessario allegare un piano di cure o autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate, almeno 5 giorni lavorativi prima della prestazione.

- Cooperazione Salute fornirà all'Isritto e alla struttura sanitaria **l'autorizzazione** a beneficiare del servizio.



- L'Isritto dovrà presentarsi presso la struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità e avere con sé il documento di *Presenza In Carico* in formato digitale o cartaceo (ovvero l'autorizzazione che Cooperazione Salute allegnerà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta).

- Al termine della prestazione sanitaria **l'Isritto** dovrà **saldare**, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute.

L'assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal piano sanitario dell'Isritto, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA



L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal piano sanitario. Per richiedere un rimborso l'Isritto dovrà far pervenire a Cooperazione Salute, entro **60 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula oppure la data di dimissioni in caso di ricovero per richieste di indennizzo) e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **31 gennaio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:

- Copia della documentazione medica che giustifica la fattura/notula di spesa (prescrizione del medico di base o del medico specialista, per tutte le prestazioni, eccetto quelle odontoiatriche);
- Copia della fattura/della notula di spesa/lettera di dimissioni.

La richiesta di rimborso potrà essere presentata a Cooperazione Salute nei seguenti modi:

- Tramite AREA RISERVATA (modalità consigliata): compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di rimborso e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula/lettera di dimissioni;

Via **e-mail**: invio della documentazione, completa del modulo di richiesta rimborso forma indiretta compilato e firmato, scaricabile dal sito di Cooperazione Salute, in un UNICO file PDF all'indirizzo liquidazioni@cooperazionesalute.it.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO



Elabora il voucher per te e i tuoi familiari

Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla struttura sanitaria convenzionata come iscritti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la schermata Home della propria Area Riservata.

GESTIONE DEI RIMBORSI

Nel caso in cui l'Isritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di rimborso in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo, oppure, indicando l'importo percepito sul modulo di richiesta di rimborso in forma indiretta per richieste inviate tramite e-mail.

Nel caso di invio della documentazione tramite Area Riservata:

1. L'Isritto dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Cooperazione Salute e che abbia assunto lo stato "Protocollata".



Visualizza lo stato delle richieste

2. Successivamente, l'isritto dovrà monitorarne lo stato e le eventuali relative comunicazioni tramite la sezione Pratiche - Le mie richieste. In tale sezione compariranno esclusivamente le pratiche inviate tramite Area Riservata e non quelle inviate tramite e-mail.

3. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione

Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite Area Riservata, visibile sempre nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Isritto avrà a disposizione 10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata e non inserendo una nuova richiesta di rimborso.

4. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso la pratica assumerà lo stato "Liquidato" e verrà inviata all'Isritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

Nel caso di invio della documentazione tramite e-mail:

1. Al momento della creazione del protocollo della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Isritto (riportato dallo stesso sul "modulo di richiesta di rimborso indiretto"), Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato.
2. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione allo stesso indirizzo e-mail dell'iscritto. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Isritto avrà a disposizione 10 giorni effettivi per integrare la documentazione incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo all'e-mail di richiesta mantenendone inalterato l'oggetto.
3. A conclusione della gestione della pratica, sempre via e-mail, verrà comunicato all'Isritto l'esito della richiesta.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso verrà inviata all'Isritto, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

12. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Cooperazione Salute gestisce direttamente tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sul c/c dell'Isritto), nel caso di prestazioni previste dal piano sanitario di riferimento, sono di 60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dall'Isritto avviene esclusivamente tramite Area Riservata o via e-mail.



In Area Riservata l'Isritto potrà produrre, in qualsiasi momento, un **riepilogo dei rimborsi** percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati saranno utili all'Isritto per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un **avente diritto**:

- per presentare correttamente la richiesta tramite Area Riservata, nel caso di familiare iscritto minorenni, la richiesta andrà presentata dall'Area Riservata del capofamiglia selezionando il nominativo del beneficiario della prestazione sanitaria, mentre, nel caso di familiare iscritto maggiorenne, lo stesso dovrà registrarsi autonomamente in Area Riservata con proprie credenziali di accesso (dal sito www.cooperazionealute.it – Area Riservata Iscritti – Adesioni Collettive) per presentare dalla sezione dedicata le sue richieste;
- per presentare correttamente la richiesta tramite e-mail i dati del beneficiario della prestazione sanitaria dovranno essere indicati sul modulo di richiesta indiretta.

13. ESCLUSIONI

I documenti di spesa (fatture e ricevute) **debbono riportare** l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso o della forma diretta, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante o del medico specialista, **pena il diniego** di rimborso o dell'attivazione della forma diretta. Per quanto riguarda le **visite specialistiche**, sono escluse: visite odontoiatriche ed ortodontiche (salvo quanto previsto dalle garanzie sull'Assistenza Odontoiatrica), visite omeopatiche, visite psichiatriche e psicologiche, visite dietologiche, visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale. Sono inoltre esclusi dalla copertura sanitaria i rimborsi delle spese:

- Per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

- Per la cura di intossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché all'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Per malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- Derivanti da sport pericolosi;
- Sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre esclusi dalla copertura sanitaria:

- Le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla attivazione della copertura;
- Le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- Le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche;
- Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed altre calamità naturali devastanti.

14. **SOSPESIONE DELL'ASSISTENZA E ASPETTATIVA NON RETRIBUITA**

In ogni caso, il mancato versamento dei contributi determina la sospensione delle prestazioni:

- Per tutti i dipendenti: nel caso in cui il mancato versamento riguardi la generalità dei dipendenti;
- Per il singolo dipendente: nel caso in cui il versamento riguardi il singolo dipendente;

Il provvedimento di sospensione assunto da Cooperazione Salute sarà comunicato alla Azienda, sia per la totalità dei dipendenti, sia per la quota singola. Le prestazioni possono essere riattivate solo a seguito dell'effettivo pagamento mediante bonifico bancario e la relativa ricevuta andrà inviata all'indirizzo amministrazione@cooperazionesalute.it. A questo punto, Cooperazione Salute, fatte le verifiche bancarie e amministrative del caso, riattiverà l'erogazione delle prestazioni per gli eventi successivi alla sanatoria, dandone conferma alla Azienda. Nel caso in cui la sospensione delle prestazioni si protragga per un periodo di oltre 180 giorni, senza che sia avvenuta alcuna segnalazione da parte della Azienda (cessazione, modifica rapporto di lavoro, ravvedimento, ecc), verrà meno l'iscrizione dell'assistito e si intenderà cessata l'Assistenza Sanitaria Integrativa del medesimo che pertanto, per essere nuovamente posto in copertura, dovrà essere iscritto ex novo. Per i lavoratori che su richiesta siano collocati in **aspettativa non retribuita** che comporta la sospensione dell'attività lavorativa superiore ad 1 mese, il contributo ordinario non dovrà essere versato dal primo giorno successivo all'attivazione della sospensione stessa. La comunicazione della avvenuta collocazione in aspettativa non retribuita e, successivamente, la comunicazione del ritorno in servizio del lavoratore dovranno essere fatte secondo quanto previsto dall'art. 5, prefigurandosi l'inizio dell'aspettativa come una cessazione ed il ritorno in servizio come una Nuova Assunzione. In nessun caso è da considerarsi aspettativa non retribuita il periodo di astensione, sia obbligatoria che facoltativa, per **maternità**.

Nel caso in cui il datore di lavoro volesse estendere la copertura sanitaria anche a lavoratori senza il contratto a tempo indeterminato, si specifica che in riferimento ad **altre forme contrattuali di lavoro subordinato** (es. contratti a termine o a tempo determinato, contratti stagionali, contratti a gestione verticale, contratti a lavoro intermittente, etc...) e di **lavoro parasubordinato** (lavoro a progetto, lavoro occasionale, etc), la copertura sanitaria sarà valida dal momento dell'iscrizione/proroga sino a fine anno e dunque il versamento del contributo dovrà coprire il suddetto periodo, senza la possibilità di sospensione dell'Assistenza.

15. **DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI**

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano da parte di Cooperazione Salute si estingue per:

- Decesso del lavoratore;
- Per cessazione del rapporto di lavoro intercorrente tra la Azienda ed il lavoratore: i lavoratori conservano le prestazioni sino al primo giorno del mese successivo al momento della comunicazione della Azienda dell'avvenuta cessazione;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi;
- I lavoratori che cessano il rapporto di lavoro per il raggiungimento dei requisiti necessari per il conseguimento del diritto alla pensione conservano le prestazioni sino alla fine dell'anno in corso;
- Nel caso di estensione della copertura sanitaria anche a lavoratori con altre forme contrattuali subordinate rispetto al rapporto di lavoro indeterminato (es. contratti a termine o a tempo determinato, contratti stagionali, contratti a gestione verticale, contratti a lavoro intermittente, ecc) e di lavoro parasubordinato (lavoro a progetto, lavoro occasionale, ecc), la copertura sanitaria sarà valida dal

momento dell'iscrizione/proroga sino alla fine dell'anno in corso.

16. GESTIONE MUTUALISTICA

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dal Piano, creando un'apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione del Piano, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. Le prestazioni previste nelle coperture potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributo/erogazioni, in particolare in caso di andamento negativo della gestione della copertura. Le condizioni potranno inoltre essere riviste in qualsiasi momento nel caso in cui, per effetto di nuove condizioni contrattuali per i dipendenti, o a causa di nuove disposizione di legge, si riterrà opportuna e necessaria una revisione.

17. DURATA

La durata della copertura coincide con l'iscrizione a Cooperazione Salute dei dipendenti e, eventualmente, dei familiari ed il regolare versamento delle quote annuali per ciascun anno. L'iscrizione è rinnovata automaticamente di anno in anno. Sia la Azienda che Cooperazione Salute potranno recedere con comunicazione inviata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento da inviare all'altra controparte con almeno 90 giorni di anticipo prima della fine dell'anno. Il recesso avrà luogo con il 1 gennaio dell'anno successivo alla comunicazione inviata.

18. REGIME FISCALE

Cooperazione Salute è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute, consentendo di beneficiare delle agevolazioni fiscali previste dall'art. 51 comma 2, lettera a) del TUIR D.P.R. 917/86 (non concorrenza alla determinazione del reddito da lavoro dipendente).

In riferimento ai **contributi versati in favore del nucleo familiare convivente del lavoratore**, in base alla Circolare 50/E del 12 giugno 2012 dell'Agenzia delle Entrate si può affermare che non concorrono a formare reddito del lavoratore dipendente i contributi versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo collettivo o di regolamento aziendale, in favore dei familiari del lavoratore, ancorché non siano fiscalmente a carico dello stesso. Il contributo versato dal lavoratore per i propri familiari è trattenuto dal datore di lavoro direttamente dalla retribuzione lorda del dipendente, a monte dell'imposizione fiscale. Pertanto, la certificazione che il datore di lavoro deve rilasciare ai propri lavoratori in qualità di sostituto di imposta a norma dell'art. 7bis del D.P.R. 29/9/73 n. 600 (modello CUD), dovrà indicare in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati alla Cassa di Assistenza che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente.

19. DETRAIBILITA' DELLE SPESE SANITARIE

La normativa prevede che quando si usufruisce della deduzione dal reddito dei contributi di Assistenza Sanitaria (come in questo caso), per gli iscritti la spesa sanitaria detraibile è solo quella residua non rimborsata. Pertanto, per gli assistiti non è possibile portare in detrazione spese sanitarie che sono state rimborsate da Cooperazione salute. Gli iscritti potranno dunque portare in detrazione **unicamente** le spese sanitarie rimaste effettivamente a loro carico, cioè quelle (o quella quota) non rimborsata.

20. TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Cooperazione Salute al momento dell'iscrizione al Fondo e al momento della richiesta degli iscritti di attivazione della forma diretta e/o della richiesta di rimborso, tutte le informazioni e i documenti richiesti alle aziende ed ai lavoratori sulla base del seguente Regolamento, sono tutelati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

21. CONTROLLI

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il

rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

22. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei dipendenti delle aziende iscritti al Fondo sanitario, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'iscritto. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'iscritto si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Cooperazione Salute e l'altro dall'iscritto. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'iscritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

23. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO

Per tutto quanto non previsto dalle Norme di Attuazione del Piano Sanitario, si fa riferimento allo Statuto e Regolamento Applicativo di Cooperazione Salute.